

DMHC use only Call Ref. # _____

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

Llene este formulario sólo si completó el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico y no está satisfecho con la resolución, o si su plan médico no resolvió su queja dentro de los 30 días. **No obstante, si su queja involucra una amenaza seria e inminente para la salud del paciente, póngase en contacto inmediatamente con la línea de ayuda gratuita de HMO, llamando al (888) 466-2219 o TDD (877) 688-9891.** Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

1. Nombre y apellido del reclamante: _____
Número y calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (diurno): _____ (nocturno): _____
Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

2. Nombre, apellido y dirección del paciente: (Sólo si no es el reclamante):

3. Nombre del plan médico: _____
Nombre del grupo médico: _____
Nº del grupo médico: _____
Nº de identificación del paciente (o Nº de miembro): _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____

4. ¿Es usted beneficiario de Medi-Cal? Sí _____ No _____
¿Es usted beneficiario de Medicare? Sí _____ No _____

5. ¿Presentó anteriormente una queja formal o una apelación ante su plan médico relativa a esta queja?

Si su respuesta es **SÍ**, indique la(s) fecha(s) de contacto: _____
Persona(s) contactada(s): _____
Teléfono: _____

Si su respuesta es **NO**, primero debe completar el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico (vea la sección del Proceso de presentación de quejas del consumidor titulada “How Does the Complaint Process Work?” (¿Cómo funciona el proceso de presentación de quejas?)).

Entiendo que suministrar la información no es obligatorio, pero no hacerlo puede demorar y hasta impedir la consideración ulterior de una resolución de mi queja. Entiendo que es posible que se envíe una copia de esta queja a mi plan médico.

Firma del reclamante

Fecha

Firma del paciente, si es adulto

Fecha

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a la línea de ayuda gratuita de HMO al (888) HMO-2219 o TDD (877) 688-9891.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

_____ *en nombre de* _____
Persona que autoriza la divulgación Paciente
autoriza por la presente a _____

Plan Médico

a que entregue al Departamento de Atención Administrada de la Salud (el Departamento) el o los registros médicos en custodia y/o control del Plan Médico, incluyendo los registros de salud mental pertinentes, relativos a la atención provista al paciente en relación con la queja presentada ante el Departamento.

Esta autorización de divulgación de información puede ser revocada o retirada en cualquier momento y tanto la revocación como el retiro serán aplicables a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Esta autorización caducará al cabo de un año a partir de la fecha indicada a continuación y la fecha de vencimiento será aplicable a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Sus registros médicos sólo se obtendrán si se determina que dicho procedimiento es necesario para completar la revisión de su queja. Dicha información se mantendrá confidencial.

ESTA AUTORIZACIÓN MÉDICA NO ES OBLIGATORIA. SIN EMBARGO, EL HECHO DE QUE NO FIRME ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE IMPEDIR QUE LO SIGAMOS ASISTIENDO CON SU QUEJA.

Firma del reclamante

Fecha

Firma del paciente, si es adulto

Fecha

Si llena esta autorización en nombre de otro adulto, se requiere la firma de esa persona. Si tiene un poder notarial en nombre de otra persona, entréguenos una copia del documento legal.

Firme el Formulario de presentación de quejas y la Autorización para la divulgación de registros médicos. Adjunte fotocopias de todos los documentos y registros pertinentes, ya que los originales no se pueden devolver.

Envíe estos documentos por fax a: (916) 229-0465 o

por correo a:

Department of Managed Health Care
California HMO Help Center
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814



Gray Davis, Governor
State of California
Business, Transportation and Housing
Agency

980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814
888-HMO-2219 voice
916-229-0465 fax
hmohelp@dmhc.ca.gov e-mail

**Aviso Requerido por
la Ley de Prácticas para el Manejo de Información de 1977
(Sección 1798.17 del Código Civil de California)**

- a) La información solicitada por los formularios que se adjuntan a este aviso es requerida por el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud del Estado de California HMO.
- b) El Gerente Administrativo, 980 9th Street, Sacramento, CA 95814-2725, teléfono (916) 327-7659, es responsable por el mantenimiento de los expedientes y deberá, bajo pedido, informar a los individuos interesados dónde están ubicados los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud y qué categorías de personas utilizan la información contenida en los mismos.
- c) Los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud se mantienen de acuerdo a uno o más de los siguientes estatutos: secciones 1344, 1351, 1351.1, 1352, 1353, 1368(b), 1368.02 y 1384 del Código de Salud y Seguridad.
- d) La entrega de cualquier información solicitada es voluntaria.
- e) Si no proporciona la información solicitada por el formulario adjunto, ya sea en todo o en parte, el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud podrá verse impedido de examinar su reclamo.
- f) La información solicitada será utilizada principalmente por el Departamento de Atención Administrada de la Salud como parte de un proceso para establecer: (1) si se debe otorgar, denegar, revocar o limitar de cualquier manera una licencia, calificación, registro u otro tipo de autorización; (2) si las empresas o individuos licenciados o regulados por el Departamento de Atención Administrada de la Salud se están comportando de acuerdo a las leyes correspondientes; y/o (3) si las leyes administradas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están siendo o han sido violadas y si corresponde tomar una acción administrativa o civil, o si se debe referir el caso a las agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- g) Cualquier divulgación conocida o potencial de la información conforme a la subdivisión (e) o (f) de la sección 1798.24 del Código Civil puede incluir también su transferencia a agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- h) Sujeto a ciertas excepciones o exenciones, la Ley de Prácticas para el Manejo de Información otorga a un individuo el derecho a acceder información personal relacionada con el individuo solicitante, la cual debe ser mantenida por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. No obstante, la sección 6254 del Código de Gobierno estipula que los expedientes de reclamos o investigaciones llevadas a cabo por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están exentas de divulgación, con excepción de lo exigido por ley.

Además, la sección 1040 del Código de Evidencia dispone un privilegio contra la divulgación de información oficial en casos en que la corte establezca que la necesidad de mantener la confidencialidad excede el interés público en divulgarla.